



Angiología

www.elsevier.es/angiologia



SEACV. PRO-CONTRA. ¿ES LA EDAD UNA LIMITACIÓN PARA LA CIRUGÍA EN LA PATOLOGÍA VASCULAR?

Introducción

M. Cairols Castellote

Profesor Titular de Cirugía, Unidad de Angiología y Cirugía Vascular, C.M. Delfos, Barcelona, España

Más allá de la exposición tan detallada y científicamente fundamentada de los dos ponentes, Dr. Blanes, “la edad no limita la cirugía”, y Dr. González Fajardo, “la edad es un factor limitante”, me permitiré como moderador unas reflexiones que espero sean de interés.

Dice el Dr. Blanes que a partir de los 60 años se considera por algunos autores a los pacientes como viejos. Ello implica que una buena parte de los cirujanos somos viejos y operamos a viejos. Quizás la terminología tercera edad constituye una expresión más suave que viejo o anciano, y que en los países desarrollados y con la mejora del sistema sanitario cada vez es un período más largo. Por tanto, determinar la edad y su relación con la cirugía es sin duda un concepto no sólo controvertido, sino cambiante. Hace unas décadas operar pacientes de 65 años se consideraba un riesgo, eran pacientes añosos; hoy, esta edad no digo que se considere joven, pero individuos con edades superiores a 65 años constituyen el gran volumen de nuestros pacientes.

Todo ello no excluye que los protagonistas de esa edad indefinida sean individuos más frágiles, y con sus órganos principales funcionando en el límite bajo de la normalidad. Como ambos ponentes matizan, la afectación arterial está en relación directa con la edad avanzada.

Un elemento a considerar es la calidad de vida en estas personas mayores. Por tanto, el objetivo de la cirugía será resolver puntualmente el problema por el cual es llevado al quirófano, y devolverlo a su ambiente, en mejores condiciones, es decir, sin el problema objeto de la intervención.

Que en España la frecuentación de las consultas y quirófanos de cirugía vascular es superior en las personas de edad superior a 65 años es una evidencia. Por otra parte, este colectivo representa el 30% de la actividad de los servicios quirúrgicos hospitalarios y consume entre el 30-35% de los gastos de salud, incluso superior en la patología vascular.

También el tipo de intervención puede ser considerado como un elemento decisorio. Hasta hace poco más de 100 años, a los ancianos sólo se les intentaba resolver sus problemas urinarios o se le amputaban piernas gangrenadas. En muy pocas ocasiones la patología vascular era protagonista, ya que en el año 1900 sólo el 4% de la población llegaba a cumplir los 40 años. Desde entonces ha mejorado todo, la esperanza de vida en torno a los 80 años y, sobre todo, el conocimiento de la patología de la tercera edad ha progresado de forma espectacular, al que hay que añadir las técnicas endovasculares.

Se acostumbra a decir que los individuos tienen la edad de sus arterias, pero unas arterias “envejecidas” sin el componente aterotrombótico, es decir, sin haber producido complicaciones ateroembólicas u obstructivas, en general no son indicación de cirugía. A pesar de que el advenimiento de la cirugía endovascular ha reducido en parte la agresividad del procedimiento, el hecho de que sea factible se debe hacer.

Hay diferentes tipos de intervenciones, aquellas llamadas menores y aquellas en las que la cirugía aborda cavidades. Aquellas ofrecen buen pronóstico y resultados similares a las de las otras edades. Por el contrario, las grandes cirugías con anestesia general y tiempos operatorios prolongados, con frecuencia necesidad de transfusiones, pueden llegar a mortalidades inaceptables. Por tanto, el equilibrio entre el objetivo y el riesgo debe ser muy bien calibrado, y en el anciano con más motivo. Porque si bien ser anciano no es ninguna enfermedad, sí que es un estado de mayor fragilidad. La vejez, además, puede ir acompañada de deficiencias funcionales orgánicas y de enfermedades asociadas, diabetes, hipertensión y otras que hay que conocer, corregir o estabilizar previamente a la cirugía; sabemos que la preparación previa a la intervención mejora el pronóstico. Se

acostumbra a clasificar al paciente en el preoperatorio en varios grupos (ASA), de mejor estado general a peor, y los resultados suelen estar en consonancia. Sin embargo, esta clasificación es manifiestamente insuficiente, en todo caso un ASA IV no contraindica, ante un peligro vital o de riesgo de amputación, la intervención. Más atención deberíamos prestar a la insuficiencia respiratoria y a la función renal, causa en general de mortalidad, en este colectivo.

Un factor transcendental que no sólo afecta al anciano es la cirugía de urgencias, que multiplica el riesgo de muerte por varios factores, en comparación con la electiva. Para mejorar esta faceta, la solución es incidir en los protocolos de revisión, prevención y vigilancia de las patologías más frecuentes y peligrosas de los ancianos, tanto en ambulatorios como en consultas especializadas. También el centro hospitalario y el cirujano son, en ocasiones, determinantes del pronóstico, y no solamente del colectivo de ancianos. Sabemos que los resultados difieren según el cirujano que opera y el centro donde se realiza la intervención, siendo mejores en centros de referencia y con experiencia del equipo quirúrgico, es decir, que pueden discernir aquello que se puede hacer de lo que se “debe hacer”. En expresión de Rodney Smith “la mejor posible intervención no es lo mismo que la mejor intervención posible”. Porque el acto más difícil e importante es tomar la decisión de operar y a mi juicio, en particular en los ancianos, esta decisión debe

ser compartida. Por supuesto con el paciente, pero también en ocasiones con la familia.

Una de las cuestiones en las que el cirujano vascular se enfrenta con mucha frecuencia es la “resolución” de enfermedades asintomáticas. Los ejemplos más paradigmáticos son las lesiones carotideas y los aneurismas no fisurados. Solamente cuando ésta progresa o pueda afectar la vida estaría justificada la intervención. Decía S. Hoerr: “Es difícil conseguir con la cirugía que un paciente sin síntomas se sienta mejor” y el objetivo de esta intervención debe ser cumplidamente explicado y entendido y, por supuesto, aceptado por el paciente y su familia. En el paciente con riesgo quirúrgico alto nunca está claro el límite entre la decisión de operar, cirugía heroica para unos, encarnizamiento terapéutico para otros, y la abstención y, por tanto, dejar morir en paz, eutanasia pasiva para terceros. Como ya se ha mencionado, el buen juicio clínico, el consenso con la familia y el deseo del paciente, cuando éste sea posible, son los 3 fundamentos que deberían guiar nuestra actuación.

En resumen, la edad por sí sola no debería ser nunca un factor excluyente para una operación, si bien debe ser un factor a considerar y vendrá precisada por la valoración de múltiples factores. La cirugía del anciano fue hace unos años una novedad, hoy es un problema social y económico. Los equipos multidisciplinares que atiendan a los ancianos son en estos colectivos una necesidad.